

Anrede:  
Name:  
Adresse:  
PLZ / Ort:

Vertrags-Nr.:  
Abrechnungs-Nr.:

| Name / Vorname | Geburtsdatum | AHV-Nummer | AHV-Lohnsumme | Anstellungsdauer<br>(z. B. 13.06. – 15.09.) |
|----------------|--------------|------------|---------------|---|
|                |              |            |               |   |
|                |              |            |               |   |
|                |              |            |               |   |
|                |              |            |               |   |
|                |              |            |               |   |
|                |              |            |               |   |
|                |              |            |               |   |
|                |              |            |               |   |
|                |              |            |               |   |

Wir haben im Jahr 2023 keine Angestellten beschäftigt. (Bitte Kopie der AHV-Lohndeclaration trotzdem beilegen!)

**Wir bitten Sie, das Formular vollständig auszufüllen und zusammen mit einer Kopie der AHV-Lohndeclaration einzureichen!**

Die Richtigkeit der Angaben bezeugt der Arbeitgeber

Ort und Datum

Unterschrift des Arbeitgebers

.....

.....